

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1901

THÈSE

N°

656

POUR

Le Doctorat en Médecine

*Présentée et soutenue le Samedi 20 Juillet 1901, à 9 heures
du matin.*

PAR

Nicolas ZAVADOVSKY

Né à Kherson (Russie), le 10 Décembre 1862

DE LA

PÉRITONITE BLENNORRHAGIQUE

DES

PETITES FILLES

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. DELENS, professeur.

WALTHER et MAUCLAIRE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

L. BOYER

15, RUE RACINE, 15

1901

656

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1901

THÈSE

N°

POUR

Le Doctorat en Médecine

*Présentée et soutenue le Samedi 20 Juillet 1901, à 9 heures
du matin.*

PAR

Nicolas ZAVADOVSKY

Né à Kherson (Russie), le 10 Décembre 1862

DE LA

PÉRITONITE BLENNORRHAGIQUE

DES

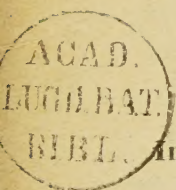
PETITES FILLES

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. DELENS, professeur.

WALTHER et MAUCLAIRE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

L. BOYER

15, RUE RACINE, 15

1901

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTE DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS

Anatomic, MM. FARABEUF. — Physiologie, Ch. RICHEL. — Physique médicale, GARIEL. — Chimie organique et chimie minérale, GAUTIER. — Histoire naturelle médicale, BLANCHARD. — Pathologie et thérapeutiques générales, BOUCHARD. — Pathologie médicale, HUTINEL, BRISSAUD. — Pathologie chirurgicale, LANNELONGUE. — Anatomie pathologique, CORNIL. — Histologie, MATHIAS DUVAL. — Opérations et appareils, BERGER. — Pharmacologie et matière médicale, POUCHET. — Thérapeutique, LANDOUZY. — Hygiène, PROUST. — Médecine légale, BROUARDEL. — Histoire de la médecine et de la chirurgie, N. — Pathologie expérimentale et comparée, CHANTEMESSE.

Clinique médicale, MM. JACCOUD. HAYEM, DIEULAFOY, DEBOVE. — Clinique des maladies des enfants, GRANCHER. — Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale, JOFFROY. — Clinique des maladies syphilitiques, FOURNIER. — Clinique des maladies du système nerveux, RAYMOND. — Clinique chirurgicale, TERRIER, DUPLAY, LE DENTU, TILLAUX. — Clinique ophtalmologique, PANAS. — Clinique des maladies des voies urinaires, GUYON. — Clinique d'accouchement, BUDIN, PINARD. — Clinique gynécologique, POZZI. — Clinique chirurgicale infantile, KIRMISSON.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEGUEU	TEISSIER
ALBARRAN	DUPRE	LEJARS	THIERY
ANDRÉ	FAURE	LEPAGE	THIROLOIX
BONNAIRE	GAUCHER	MARFAN	THOINOT
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA André	TOURETTE	MÉNÉTRIÉR	VARNIER
CHARRIN	HARTMANN	MERY	WALLICH
CHASSEVANT	HEIM	REMY	WALTER
DELBET	LANGLOIS	ROGER	WIDAL
	LAUNOIS	SEBILEAU	WURTZ

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend leur donner aucune approbation ni improbation,

A MON VÉNÉRÉ PÈRE

Souvenir, amour filial et reconnais-
sance éternelle.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Souvenir reconnaissant :

M. LE PROFESSEUR DUPLAY,

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BONNAIRE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

M. LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien des Hôpitaux,
Membre de l'Académie de médecine,
Commandeur de la Légion d'honneur.

Historique

Lorsqu'au commencement du xix^e siècle les cliniciens donnaient à certaines formes de péritonite, dont la cause leur échappait, le nom d'essentielle, ils se doutaient fort bien que ce vocable ne faisait que voiler leur ignorance.

Aussi depuis l'époque moderne, le cadre des maladies, dites essentielles, s'est-il singulièrement restreint et avons-nous vu, en particulier, l'ascite essentielle des jeunes filles rattachée à la tuberculose et certaines formes de péritonites aiguës, observées chez les petites filles, être reconnus d'origine gonococcique.

Faire l'histoire des péritonites blennorrhagiques chez les petites filles, c'est faire l'histoire des vulvo-vaginites, aussi serons nous très bref sur ce sujet.

Après avoir été confondue avec la syphilis congénitale par Doublet, Bertin, Schœnfeld et Putegnat, sous les influences des idées de Broussais, Rayer l'en a distrait, et Ricord, dans sa dissociation de la syphilis et de la blennorrhagie, relègue les vulvo-vaginites au rang d'une leucorrhée sans importance, produite par

des irritations locales et, surtout, par la diathèse scrofuluse et les états cachectiques. Aussi ne pouvait-on songer à rattacher à cette époque les péritonites, que l'on observait chez les petites filles, à une cause, que l'on jugeait si secondaire, et voit-on Duparque revendiquer nettement l'existence de péritonite essentielle chez les jeunes filles.

Puis ce sont des discussions anatomo-pathologiques, basées sur les lésions anatomiques et les caractères morphologiques de cette affection, que Behrend étiquette vulvo-vaginite.

Comme on tendait à distinguer chez les adultes deux sortes d'écoulement, l'un virulent et contagieux et l'autre indifférent, on admettait que la leucorrhée des petites filles appartenait à cette dernière variété. Mais toute une série d'observations cliniques vinrent bientôt démontrer que la vulvo-vaginite était contagieuse.

Sans parler des cas de contagion, signalés par Storch (1750), Ramel (1785) et Forster (1860) qui passèrent inaperçus, il faut arriver à R. Pott de Halle pour trouver des nombreuses observations (8481 fillettes de sa policlinique), d'où il conclut que la vulvo-vaginite de l'enfance est identique aux affections blennorrhagiques de l'adulte, et qu'elle provient le plus souvent, d'une contagion indirecte. Cette contagion fut encore démontrée par les observations de Fraenkel, Suchard, Ollivier. Weil et Barjon.

Cette notion de contagion dûment constatée, res-

taît à démontrer la nature blennorrhagique de l'affection. Neisser venait de découvrir son gonocoque en 1879, Bumm, Finger, Roux, Wertheim en avaient complété les caractères morphologiques et il était regardé, comme l'agent spécifique de la blennorrhagie de l'adulte. Cette blennorrhagie, dès lors bien connue, passait alors au rang d'une maladie infectieuse, vraiment générale, qui à point de départ urétral pouvait atteindre de nombreux organes : articulations, yeux, séreuses, cœur, système nerveux.

Des recherches bactériologiques furent bientôt entreprises. Aubert de Lyon trouve, le premier, le gonocoque dans la vulve des petites filles (1884). Puis, ce sont les constatations de Fraenkel, Neisser, Widmark, Dutsch, Dupré, Cahen-Brach, et enfin celles, plus récentes, publiées par Veillon et Hallé, dans « les Archives de Médecine expérimentale », de 1896.

Ces auteurs ont presque toujours rencontré le gonocoque dans le pus des vulvo-vaginites franchement purulentes (25 fois sur 28). Le gonocoque est seul dans les formes aiguës et dans d'autres cas associé aux microbes normaux du vagin (bacille pseudodiphthérique commun, streptocoque, staphylocoque). associations microbiennes dont nous retrouverons l'importance.

Des faits cliniques de contagion d'homme à enfant ou *vice versa* viennent corroborer la spécificité du gonocoque. On a bien signalé des vulvo-vaginites

chez des petites filles qui avaient été violées par des hommes atteints de blennorrhagie.

Enfin, De Amicis en 1884, E. Dupré en 1889, Edw. Martin en 1892, en inoculant du pus provenant d'une vulvo-vaginite obtinrent une chaudepisse typique.

Il était donc tout naturel que la vulvo-vaginite infantile revêtît la même allure clinique que la blennorrhagie de l'adulte ; toutes deux maladies gonococciques. Aussi, ne tarde-t-on pas à signaler exactement les mêmes complications pour la première comme pour la seconde : complications par propagation ; par infection générale ; par contagé ; bartholinites, uréthrites, colpites, métrites, salpingo-ovarites, péritonites, rhumatisme articulaire, ophtalmie purulente.

C'est à partir de cette période seulement que nous trouvons des péritonites blennorrhagiques chez les petites filles.

La première appartient à Loven et date de 1887. Puis Hatfieds, Sanger, en citent des exemples. Huber de New-York intervient.

Paraît à ce moment la thèse de Charrier sur la péritonite blennorrhagique chez l'adulte (1892), et celle de A. Martin sur la propagation des affections vulvo-vaginales de l'enfant aux organes génito-internes et, en particulier, des péritonites consécutives aux vulvo-vaginites (1894). Dans cette thèse, on ne cite qu'une observation française avec guérison, et l'auteur con-

clut à la très grande rareté de la péritonite gonococcique en même temps qu'à sa gravité.

Marfan publie, en 1897, une étude sur la vulvovaginite dans laquelle nous trouvons une excellente description de la péritonite blennorrhagique qui nous servira de cadre et donne deux observations nouvelles avec guérison.

La même année, Méjia prend, comme sujet de thèse inaugurale : « Sur un cas de péritonite généralisée chez une enfant », avec examen clinique et bactériologique très complet.

Comme pour compenser ce qu'avait de trop grave la péritonite gonococcique des petites filles dans l'esprit des auteurs, Comby, d'abord dans le « Traité des maladies de l'enfance » donne quatre observations de péritonite bénigne, et dans une récente communication à la Société médicale des hôpitaux conclut, après avoir donné trois observations nouvelles, à la bénignité de cette péritonite, et à sa curabilité habituelle par le traitement médical.

Dans notre travail, nous avons colligé à peu près toutes les observations parues, nous avons pu y ajouter deux observations inédites ; et c'est de l'étude de ces documents que nous avons essayé de donner un tableau d'ensemble de la péritonite gonococcique des petites filles, essayant de montrer la gravité assez fréquente de cette affection, en même temps que la nécessité dans certains cas d'une intervention active.

1871
1872
1873
1874
1875
1876
1877
1878
1879
1880
1881
1882
1883
1884
1885
1886
1887
1888
1889
1890
1891
1892
1893
1894
1895
1896
1897
1898
1899
1900

Étiologie

Il semble que la péritonite gonococcique puisse éclater à tous les âges. Caillé cite le cas d'une fillette de 5 mois, la plupart de nos observations ont trait à des fillettes dont l'âge varie de 4 à 12 ans.

C'est un accident relativement rare, étant donné la pénurie de documents que nous possédons sur cette question et la fréquence de la vulvo-vaginite de l'enfance. Pourquoi certaines petites filles font-elles des accidents du côté de leur séreuse alors que d'autres en sont complètement indemnes, c'est là une de ces questions de résistance individuelle sur lesquels on est loin d'être fixé alors qu'au contraire le mode d'infection commence à être bien connu.

Nous avons vu que l'on admettait maintenant la spécificité de la vulvo-vaginite et depuis la thèse de Charrier on est éclairé sur la pathogénie de l'infection péritonéale par ce micro-organisme; — alors qu'en effet Bumm s'était fait le principal champion de la théorie d'après laquelle le gonocoque se localisait à

l'épithélium sans jamais dépasser la couche conjonctive sous-muqueuse et lui déniait ainsi toute action possible sur le péritoine, considérant la péritonite blennorrhagique comme non démontrée. Mais les recherches de Fouton, Dinkler, Jadassohn, Wertheim; Menge et Charrier ont prouvé que le gonocoque ne se localisait pas aux épithéliums cylindriques qu'il pouvait envahir les épithéliums pavimenteux et faire suppurer le péritoine. Chacun a d'ailleurs réussi à obtenir chez les animaux des péritonites suppurées à gonocoques.

Le gonocoque, d'ailleurs nous l'avons vu d'après les recherches de Veillon et Hallé, est rarement l'hôte solitaire des écoulements purulents des vulvo-vaginites; il y a des associations microbiennes fréquentes; celles-ci deviennent souvent virulentes et peuvent à elles seules déterminer l'infection péritoniale, favorisées comme elles l'ont été par le gonocoque. Est-ce à dire qu'il ne faille pas faire rentrer dans le cadre des péritonites blennorrhagiques ces formes là? Evidemment non, car c'est une péritonite qui a éclaté, si on nous passe l'expression, sous les auspices d'une gonococcie.

Nombreux actuellement sont les documents qui viennent à l'appui de cette thèse.

Sans parler des observations, malheureusement les plus nombreuses, dans lesquelles l'examen bactériologique n'a pas été fait, et où cependant il est bien évident qu'il s'agit d'une infection blennorrhagique;

puisque la péritonite a succédé à une vulvo-vaginite; on trouve une observation de Comby où on a trouvé du gonocoque, une observation de Baginsky où on a retrouvé du gonocoque et du bacterium coli, dont la présence était très probablement cadavérique.

Plus nombreux sont les cas où l'examen bactériologique du pus de la vulvo-vaginite a été fait et où on a retrouvé du gonocoque : obs. de Marfan, Comby, Braquehay.

Il est donc bien démontré pour nous qu'il existe vraiment une péritonite gonococcique des petites filles; étant ainsi plus catégorique que Charrier qui, dans sa thèse sur la péritonite blennorrhagique chez la femme, dit ceci : « Il existe chez la femme une péritonite vénérienne sans microbes spécifiques encore nettement déterminés. Nous l'appellerons aussi blennorrhagique, sans pouvoir dire gonococcique, car il nous a été impossible de préciser le rôle du gonocoque dans cette péritonite et cependant il existe. »

Cette infection de la séreuse péritonéale existant, par quelle voie se fait-elle? Deux seulement lui sont ouvertes : la voie lymphatique-indirecte ; la voie muqueuse-directe.

La voie lymphatique n'a guère eu de défenseurs ; nous trouvons cependant l'opinion de Martin : « Chez l'enfant, quand l'écoulement est seulement limité à la vulve et au vagin, quand, en un mot, il y a vulvo-vaginite, les ganglions inguinaux sont souvent très volu-

mineux et parfois très douloureux, alors qu'un examen du système lymphatique de l'enfant et, en particulier, du creux axillaire permet de rejeter une adéno-pathie généralisée d'une autre nature. » De ce fait de l'inflammation des ganglions inguinaux dans la vulvo-vaginite, on serait tenté « par analogie de supposer que l'infection de la muqueuse du col et de l'utérus peut, par voie lymphatique, aller se propager aux ganglions pelviens et amener ainsi les accidents péritonéaux. »

Du fait que l'infection des ganglions s'est produite il ne s'ensuit pas que la séreuse réagisse ; il doit être ici comme dans la péritonite tuberculeuse où on trouve fréquemment des adénites tuberculeuses du mésentère sans lésions péritonéales. Bien plus logique et d'ailleurs plus démontrée est la propagation par la muqueuse, c'est d'ailleurs celle qu'admettent tous les auteurs.

Dans la vulvo-vaginite la vaginite, quoique secondaire, existe toujours, Eraud, cité par Epstein, dit que le canal cervical serait toujours pris et Koplik qui a examiné des petites filles au speculum a constamment vu le col de l'utérus rouge, baignant dans du pus et présentant une gouttelette de pus dans son orifice externe. De cervicale cette métrite ne tarde pas à être totale et il existe des observations où la présence de ces métrites chez les petites filles, en donnant lieu à des douleurs abdominales, avait déterminé des erreurs de diagnostic. D'ailleurs la thèse de V. de Peu-

feilhoux, consacrée à la métrite des vierges, nous donne des observations de métrites gonococciques succédant non pas à des coïts incomplets avec un partenaire atteint de blennorrhagie uréthrale, mais bien à une vulvo-vaginite blennorhagique de l'enfance, d'origine non vénérienne.

De l'utérus, l'infection, suivant sa marche envahissante, passe aux trompes et aux ovaires. Baginski rapporte l'observation d'une petite fille ayant succombé à une péritonite généralisée et présentant une salpingite purulente et deux petits abcès dans les ovaires. Mejia trouve les trompes et les ovaires des deux côtés englobés dans des dépôts fibrineux ; et en comprimant les trompes de dedans en dehors il fait soudre par la trompe une goutte de pus crémeux jaunâtre.

Cheadle rapporte un cas de double pyosalpinx chez une enfant d'un an et neuf mois. Loven, Hüber signalent aussi la présence de salpingite. Marx enfin, dans un travail paru dans la « Revue de thérapeutique médico-chirurgicale », signale qu'à l'autopsie de 5 petites filles il a trouvé du pus enkysté dans les trompes qui étaient volumineuses, congestionnées et dont l'orifice utérin était oblitéré.

Cliniquement nous retrouvons aussi ces salpingites qui s'accompagnant toujours d'un certain degré de réaction péritonéale donnent lieu à une variété de péritonite blennorhagique localisée que nous étudions.

Si l'infection est plus intense, la réaction péritonéale est plus énergique et nous avons affaire à des péritonites généralisées.

Si maintenant nous voulons nous rendre compte du pourquoi de la rareté de ces complications génitales ou péritonéales de la gonococcie chez les petites filles, il est facile de voir que ce pourquoi réside dans l'état de repos complet des organes génitaux de la petite fille.

Pas de règles, pas de coït, à plus forte raison pas de parturition : telles sont les raisons qui expliquent cette rareté, mais que ces facteurs entrent en jeu et nous les verrons venir réveiller quelque infection mal éteinte et donner lieu à des accidents dont la pathogénie s'éclaire, si on a soin de remonter aux antécédents de la malade ; faute de quoi on risque fort de les rattacher mal à propos à une infection d'origine vénérienne.



Anatomie pathologique

C'est en colligeant les résultats des autopsies dont nous donnons plus loin l'observation complète, que nous pouvons donner un tableau d'ensemble des lésions de la péritonite blennorrhagique. Il faut nous hâter de dire, que cette description sera forcément incomplète, puisqu'elle n'a trait qu'aux cas graves, aux péritonites aiguës généralisées. Nous sommes dans la plus complète ignorance des lésions qui donnent lieu à ces formes de péritonite si légère qu'on a pu les désigner sous le nom de péritonisme. Sommes-nous peut-être autorisés à être plus affirmatifs en ce qui concerne les pelvi-péritonites, puisque d'après certaines observations, il semble qu'il s'agisse là des salpingo-ovarites analogues à celles de l'adulte.

Nous ne parlerons pas des lésions vaginales, ni utérines que l'on peut observer et nous arriverons de suite aux trompes. Celles-ci sont enflammées, épaissies, congestionnées, parfois oblitérées et peuvent être le siège d'un pyosalpinx, d'autres fois au contraire

être perméables et donner issue par compression à du pus crémeux jaunâtre.

Les ovaires sont souvent tuméfiés, on a pu trouver des abcès dans leur intérieur.

L'état de la cavité péritonéale ne ressemble pas du tout à ce qu'il est dans la péritonite blennorrhagique de l'adulte. Nous lisons en effet dans Charrier : « ce qui frappe à l'ouverture du ventre, c'est l'absence de liquide. Ce n'est pas une péritonite à épanchements floconneux, fétide, comme dans la puerpéralité, c'est une péritonite sèche. Quand on examine en effet, le paquet intestinal, il ne paraît pas malade et il n'existe pas des adhérences molles, blanchâtres qui collent les anses entre elles et les immobilisent comme dans les autres péritonites infectieuses. Non, il faut soulever tout le paquet intestinal et mettre à jour l'excavation pelvienne. On est frappé alors par l'aspect de nombreuses adhérences plus ou moins anciennes. »

Chez la petite fille, au contraire, on trouve du liquide, un flot de pus à l'ouverture de l'abdomen nous dit Mejia, une collection purulente dans l'espace de Douglas, dit Baginsky, une ou deux cuillerées de sérosité roussâtre, ressemblant à du bouillon, relate Braquehay dans une laparotomie. La quantité en est variable de 10 à 150 grammes. Quant à la séreuse proprement dite, on la trouve tapissée de fausses membranes, de dépôts fibrineux adhérents qui peuvent se détacher et flotter dans le liquide.

Les intestins sont toujours distendus, congestionnés, et tapissés de fausses membranes qui les agglutinent.

En somme, nous voyons qu'il n'y a rien de particulier dans ces lésions de la péritonite blennorrhagique qui sont celles de toutes les infections aiguës.

Aussi est-il impossible de faire par la laparatomie le diagnostic de la cause de l'infection et est-il de toute nécessité de procéder à l'examen complet des viscères, en particulier de l'appendice, et, celui-ci trouvé sain, de se porter de suite vers le petit bassin.



Symptômes

De l'étude des observations de péritonite blennorrhagique chez les petites filles on peut déduire trois formes de cette affection que nous étiquetterons ainsi :

Péritonite généralisée grave,
Péritonite légère,
Péritonite localisée.

I. — Péritonite généralisée grave

Nous ne savons pas à quelle période de la vulvovaginite éclate la péritonite.

« Il suffit d'avoir observé ce qui se passe aux consultations des hôpitaux d'enfants, écrit Marfan, pour n'en être pas surpris. »

« On voit des parents demander une consultation sur un point quelconque de la santé de leurs fillettes, chez lesquelles le médecin découvre accidentellement la présence d'un écoulement vaginal, parfois très abondant et datant souvent de plusieurs semaines. »

Le début de l'affection est généralement assez brusque. Braquehay, dans une observation, cite même un début par une douleur extrêmement vive en coup de pistolet. Le plus souvent le début est moins dramatique, quoique assez brusque. L'enfant qui, la plupart du temps, était assez bien portante, se plaint tout à coup de souffrir du ventre ; en même temps apparaissent presque aussitôt des vomissements ; la fièvre ne tarde pas à s'allumer ; le ventre se ballonne, devient extrêmement douloureux, les vomissements d'alimentaires deviennent bilieux, porracés ; l'état général s'altère, le facies revêt le type dit péritonéal, et rapidement l'enfant meurt. Dans le cas où l'issue n'est pas fatale ; après une période de réaction péritonéale très alarmante, assez brusquement le calme revient, l'état général s'améliore, en même temps que les signes locaux diminuent d'intensité. On peut observer des rechutes, et la guérison ne tarde pas à survenir. Analysons maintenant chacun de ces signes :

Douleur. — C'est le signe primitif et c'est le signe dominant ; d'abord peu intense cette douleur empêche tout d'abord la marche ; l'enfant devient triste et inquiète ; elle est pâle et agitée, elle a déjà de l'hyperthermie. Cette douleur, localisée tout d'abord dans le bas-ventre, s'irradie bientôt à tout l'abdomen ; au repos l'enfant souffre peu tout d'abord, mais la plus légère palpation fait apparaître la douleur, elle est surtout marquée dans les fosses iliaques et s'irradie.

Puis elle est généralisée et intense. Il n'est plus besoin de la provoquer, elle est spontanée et arrache des cris à l'enfant, dont la respiration est courte et anxieuse, car elle immobilise son diaphragme dont la contraction est douloureuse.

Vomissements. — C'est un des signes capitaux et aussi un des signes de début. Précédés quelquefois de hoquets et de nausées, ils sont de suite violents et se répètent à intervalles plus ou moins rapprochés : l'enfant rejette d'abord ses aliments ; puis d'alimentaires, les vomissements deviennent bilieux ; et la petite malade finit par vomir, au milieu de terribles souffrances, des jets de liquide amer et verdâtre porracé. Les matières rejetées par l'enfant peuvent être striées de sang, et ce fait démontre la violence des vomissements.

Hüber les a vus réfractaires aux nombreux remèdes auxquels on avait eu recours. Braquehay signale le même fait. Mejia les vit cesser avant la terminaison fatale.

En général, si la guérison doit survenir, les vomissements après avoir atteint un summum d'intensité et de fréquence, diminuent peu à peu pour se terminer avec la maladie ; si le mal est sans remède, la mort les interrompt dans leur cours.

Etat du ventre. — L'abdomen est très ballonné,

saillant ; à la percussion on a un tympanisme quelque fois énorme ; très exceptionnellement la palpation permet de sentir une certaine fluctuation dans les régions inférieures, comme dans le cas de Mejia.

Steven a trouvé un abdomen uniformément distendu, et la percussion montrait un tympanisme extrême. La pression du ventre au-dessus de l'ombilic et sur le côté droit de l'abdomen produisait une souffrance considérable.

Marfan constate que le ventre est très ballonné, sonore partout ; à la pression il est très douloureux dans toute son étendue surtout au niveau des fosses iliaques.

« L'abdomen est très ballonné, saillant, douloureux au palper. Cependant par la percussion doucement pratiquée on croit sentir dans les régions inférieures, vers l'hypogastre et les fosses iliaques une certaine fluctuation ; on la perçoit plus nettement par la percussion et la palpation combinées » (Mejia).

Du côté de l'abdomen qui est très ballonné, les anses intestinales font saillie à travers la paroi. Elles se sentent encore mieux au palper. La fillette est un peu somnolente ; mais dès qu'on touche le ventre, elle sort de sa torpeur et crie. La douleur est très vive surtout à l'hypogastre, à droite comme à gauche.

Etat des fonctions intestinales. — Chez la malade d'Hüber « il y avait un peu de diarrhée, quoique la constipation fut la règle. » L'enfant dont nous parle

Steven eut des selles normales; de même celle de Marfan. La malade de Mejia était constipée, de même celle de Braquehay. Chez les malades de Comby on note une constipation absolue. Quoique tous ces faits sont contradictoires, il semble que la constipation habituelle dans les péritonites aiguës ne soit pas ici la règle.

Température et pouls. — D'une façon générale, la péritonite débute par une fièvre intense et la température se maintient longtemps entre 38° et 39°5, pour ne redescendre à la normale que si la guérison survient. Elle atteint 39°8 et 40° (Obs. de Steven).

Le pouls est faible, quelquefois filiforme, rarement incomptable. Il est fréquent. On compte de 100 à 150 pulsations et même davantage; il peut être irrégulier.

Ce qu'on remarque d'intéressant dans la comparaison de la température et du pouls, c'est la dissociation qui existe entre eux. Dans l'observation de Braquehay, le pouls est à 154, la température à 37°4. Cette dissociation annonce un état très grave; et quand la température baisse en même temps que le pouls s'élève, la mort est imminente.

Signes généraux. — Tantôt l'enfant est abattue prostrée et refuse tout aliment; tantôt, agitée et délirante, elle ne peut dormir ni jour ni nuit, et de ce fait

son état s'aggrave encore. Son visage est pâle, couvert de sueur. L'air anxieux ; elle immobilise sa paroi abdominale et retient sa respiration qui est courte et presque exclusivement costale. Les yeux, plus brillants que de coutume, sont excavés, entourés d'un cercle noirâtre ; les narines pincées ; le nez effilé est froid. Les plis du visage sont accentués : les commissures abaissées, la langue est sèche, tapissée d'un enduit saburral, grisâtre, sale. La petite malade essaye sans cesse de mouiller ses lèvres desséchées et pulvérulentes. Les extrémités sont froides. L'anorexie est presque complète et la faiblesse extrême.

Marche, Durée, Terminaison. — Sur treize observations que nous avons pu nous procurer nous trouvons 7 morts et 6 guérisons, dont une après laparotomie.

La mort est survenue dans un délai de 4 jours en moyenne, l'enfant succombe soit dans le collapsus, soit au milieu d'attaques convulsives.

Quand la guérison survient, on voit, vers le 5^e ou 6^e jour, les signes qui diminuent d'intensité ; les vomissements cessent en partie, la douleur s'apaise ; il se produit des selles, la langue redevient humide ; et la température tombe. C'est d'ailleurs rapidement que l'amélioration se produit. M. Comby appelle M. Brun pour juger d'une intervention qui le lendemain est inutile ; il en est de même d'une malade de Marfan.

Observations

10 observations de péritonites généralisées graves.

OBSERVATION I

Péritonite aiguë consécutive à un catarrhe vulvo-vaginal chez une fillette de 7 ans, simulant une perforation de l'appendice. Laparatomie. Mort.

François Hüber, de New-York, 1886.

La malade, une fillette de sept ans, avait un écoulement vaginal depuis peu de temps. C'était une enfant extrêmement anémique, mais quoique frêle, elle ne se plaignait pas beaucoup. Habituellement constipée, appétit faible. La vulve était enflammée et il y avait quelques gouttès de pus à l'orifice uréthral. Le liquide vaginal était verdâtre et fort abondant. L'hymen était intact ; aucune trace de violence sur les organes génitaux. Un interrogatoire serré ne parvient

à découvrir aucune cause de catarrhe vulvo-vaginal. Malheureusement un examen de l'écoulement en vue de découvrir le coccus caractéristique ne fut pas effectué. Pendant quelque temps la malade fut traitée dans le service. De la douleur vers les régions pelviennes inférieures, accompagnée de faiblesse générale, lui fit prendre le lit. Le jour suivant, 1^{er} juin, elle vomit une fois ; un peu de sang était mêlé aux déjections stomacales. Une légère douleur au-dessus du pubis se révélait au toucher abdominal. Le pouls était bon, pas de douleur bien nette. Il y avait un peu de diarrhée, quoique la constipation fut la règle ; la température rectale était normale. La petite à cette visite était tout à fait en train, quoique très faible.

A la visite du matin, le tableau s'était assombri et la malade était en collapsus. Cet état avait commencé peu auparavant. La température était maintenant au-dessus de la normale ; on constatait de la douleur dans la fosse iliaque droite avec rigidité musculaire du même côté de l'abdomen ; vomissements répétés.

Prenant en considération ce que l'attaque avait de soudain, le collapsus, la température élevée, la douleur dans la région inguinale droite, ainsi que les troubles digestifs qui l'accompagnaient et le fait antérieur de la constipation, j'étais porté à soupçonner une perforation de l'appendice vermiforme. Quelques heures après, le Dr Deuhard vit l'enfant et exprima la même manière de voir.

Le lendemain, 2 juin, on nota de la difficulté pour uriner, attribuée à une péritonite. L'enfant s'était relevée de son collapsus et allait certainement mieux. Moins de vomissements.

Le professeur Jacobi fut appelé en consultation et pour les raisons rapportées plus haut, confirma le diagnostic. Comme l'urine n'avait pas été examinée depuis la veille au matin, elle le fut et reconnue peu albumineuse. Le vomissement réapparut bientôt et rapidement devint verdâtre.

Le tympanisme commença et s'accrut, l'abdomen était un peu plus mou. Malgré la morphine, les douleurs étaient très aiguës. Le pouls devint plus fréquent et plus faible, état général mauvais.

Le jour suivant, lundi 3 juin, à cinq heures du soir le professeur Bull fut appelé en consultation. Le diagnostic de péritonite aiguë due probablement à une perforation fut porté par lui.

Une laparotomie fut proposée, le danger du cas étant pleinement expliqué à la famille.

Température rectale 101° F (38·3 C). Pouls 150 et très faible. Vomissements incessants et réfractaires à tous les nombreux remèdes auxquels on eu recours.

Huit heures après (une heure du matin 4 juin) les parents finirent par consentir à une intervention, bien qu'ils eussent été informés que le cas était désespéré et que les perspectives du succès final n'étaient pas bien encourageantes.

Le chloroforme fut administré avec circonspection et habileté par le docteur Deuhard et le docteur Bull ouvrit l'abdomen par une incision latérale sur le colon.

Un liquide séro-purulent fut trouvé en grande quantité dans la cavité abdominale, les intestins étaient distendus par les gaz, congestionnés et çà et là tapissés des fausses membranes.

L'appendice fut recherché et découvert après quelques

difficultés. Il présentait un aspect parfaitement normal et aucune concrétion fécale, aucun corps étranger ne pouvaient être découverts à travers la paroi. La trompe droite de Fallope cependant avec ses extrémités frangées était enflammée et épaissie et évidemment avait formé la voie par laquelle le processus de l'infection avait réussi à pénétrer jusqu'à la cavité péritonéale et de la sorte avait donné naissance à une série de symptômes simulant exactement une perforation de l'appendice.

Le véritable caractère du cas ne se révélait qu'au moment de l'opération.

L'abdomen fut nettoyé avec de l'eau chaude, la plaie recousue et le pansement antiseptique appliqué.

Une injection rectale d'eau chaude et d'alcool fut alors administrée et la malade remise au lit la tête basse.

Selon toute apparence, l'opération n'ajouta aucun élément de trouble à l'état déplorable de l'enfant.

Vingt heures après, la mort survint d'une syncope, la souffrance et les vomissements ayant persisté jusqu'à la fin.

OBSERVATION II (Caillé, 1889)

Le Docteur Caillé, dans la discussion qui suivit le récit de l'observation de Hüber, dit ceci : j'ai vu un cas chez une enfant de *cinq mois* et $1/2$; le père avait un écoulement gonorrhéique. L'enfant avait de l'ophtalmie et du catarrhe vul-

vo-vaginal, finalement il se déclara une péritonite dont elle mourut.

OBSERVATION III

Péritonite généralisée aiguë, rapidement mortelle, chez une enfant qui présentait de la vulvo-vaginite. (Lindsay Steven, Glasgow. 1891).

La malade était une fillette de 4 ans, Marie M... Son père et sa mère avaient toujours été bien portants. L'enfant, avant l'apparition de la maladie qui devait lui être fatale, n'avait jamais été soumise aux soins du Dr Headrick, médecin habituel de la famille et qui avait soigné ses frères et sœurs pour des indispositions insignifiantes.

Le 12 mai 1890 au matin, l'enfant prit son déjeuner comme d'habitude ; elle avait été à la selle avant le repas et semblait aussi bien qu'à l'ordinaire. A dix heures du matin elle vint se plaindre à sa mère de mal au ventre et sa mère, pensant qu'elle avait besoin d'aller au cabinet, l'y conduisit, mais elle n'eut pas de selle et urina seulement un peu. Durant la matinée l'enfant fit une marche d'un demi mille pour aller chez sa grand-mère ; mais là les souffrances abdominales devinrent si aiguës, qu'on lui administra deux gouttes de laudanum.

Au retour la malade dut être portée pendant la route, après quoi une dose de sel lui fut administrée par la mère. L'après midi le mal empira et l'on fit rechercher le Dr Hea-

Zavadovsky

drick entre cinq et six heures du soir. Il trouva l'enfant pâle et l'air un peu abattu, il y avait une sensibilité extrême dans le côté droit de l'abdomen. La température était de 104° F. (40° C), le pouls était faible et assez fréquent. Il n'y avait pas de toux ; l'urine paraissait normale. On fit des fomentations, le Dr Headrick prescrivit une potion calmante avec une goutte de teinture de digitale pour relever le pouls. Le lendemain, 13 mai, l'enfant n'était pas mieux et durant l'après midi elle était bien agitée et se mit à délirer. Le Dr Headrick m'appela dans la soirée par télégraphe et je vis la malade vers huit heures. Elle était tout à fait abattue, ses lèvres étaient sèches et elle essayait sans cesse de les mouiller. Elle était très inquiète et par instants faisait des efforts pour vomir. Le pouls était à 120, la langue épaisse, la face pâle, l'abdomen était uniformément distendu et la percussion montrait du tympanisme extrême.

La pression du ventre au-dessous de l'ombilic et sur le côté droit de l'abdomen, produisait une souffrance considérable. Pendant que je l'examinait, une selle claire, abondante, d'odeur acide, mêlée de mucus, fut évacuée et en même temps je remarquai un écoulement vaginal. La mère questionnée sur l'écoulement vaginal nous dit qu'il s'était montré depuis quelque temps, mais que l'enfant ne s'était pas plainte et que pour cette raison elle n'y avait fait que peu d'attention.

Comme diagnostic, nous posâmes celui de péritonite généralisée et je ne pus m'empêcher de penser que le catarrhe vulvo-vaginal était, suivant toute probabilité la cause de cet état grave du péritoine.

Cela me paraissait extrêmement vraisemblable en l'absence

de tout antécédent pouvant établir l'indice de troubles intestinaux ou péritonéaux préalables. De plus, les copieuses selles rendues pendant ma visite rendaient peu probable l'idée d'une obstruction intestinale. En dehors de la leucorrhée, la seule conclusion à laquelle nous aurions pu nous arrêter aurait été que la péritonite était due à une rupture de l'intestin et probablement de l'appendice. Le pronostic était nécessairement très sérieux et, comme traitement, nous conseillâmes de continuer les fomentations, 4 gouttes de laudanum toutes les quatre heures et une demi-cuillerée à café d'eau-de-vie toutes les heures.

Le jour suivant, le 14, je reçus une note du Dr Headrick m'informant que l'enfant avait succombée vers les dix heures du matin de ce même jour. Elle s'était affaiblie graduellement et à la fin était devenue livide. Des attaques convulsives étaient survenues peu de temps avant la mort et l'abdomen s'était distendu davantage.

Malheureusement on ne put obtenir l'autopsie.

OBSERVATION IV (Baginsky, 1896)

Fillette morte d'une péritonite généralisée, survenue au cours d'une vulvo-vaginite. L'autopsie montra une collection purulente dans l'espace de Douglas, une salpingite purulente et dans les ovaires deux petits abcès ; dans le pus de ces abcès on trouva des gonocoques et des staphylocoques.

OBSERVATION V

Péritonite généralisée grave au cours d'une vulvo-vaginite. Guérison (Marfan)

Une fillette de 11 ans, entre le 12 novembre 1894, à l'hôpital des enfants pour une scarlatine compliquée de diphtérie. Elle est traitée par le sérum antidiphtérique dans une salle d'isolement du pavillon Trousseau. La diphtérie guérit assez vite. La scarlatine évolua sans accidents.

Le 9 janvier 1895, au vingt-septième jour de sa scarlatine après un examen de sa bouche, désinfection de son corps et de ses vêtements, elle est évacuée au service de la scarlatine. Nous l'examinons alors et nous la trouvons sans fièvre, mais très amaigrie, très pâle, elle présente de la paralysie du voile du palais et un écoulement vulvo-vaginal, abondant, verdâtre. M. Hallé décèle le gonocoque dans le liquide verdâtre. On fait les lavages avec la solution de permanganate de potasse au 1/1000.

Deux jours après, le 11 janvier, l'enfant se plaint du ventre, le soir la température est à 38°.

Le 12, la température est normale, mais les douleurs abdominales ont augmenté ; le ventre est très ballonné, sonore partout ; à la pression il est très douloureux dans toute son étendue, surtout au niveau des fosses iliaques. Le soir, le tympanisme est énorme, la température est à 39°6, le facies est légèrement grippé, la langue est sale, le poul

est petit et irrégulier ; il se produit des nausées, puis des vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux ; il y a eu une évacuation naturelle, l'écoulement vaginal est très abondant. Trois gouttes de laudanum, cataplasmes laudanisés.

Le 13, la situation a empiré, le facies est plus altéré, la faiblesse est extrême, à la paralysie du voile du palais se joint de la paralysie de la nuque. Nous demandons à M. Brun son avis au sujet d'une intervention chirurgicale. M. Brun est d'avis de s'abstenir (ventouses scarifiées sur les fosses iliaques, café, potion de Todd, champagne, glace sur le ventre). Le soir, la température est à 38°, le pouls faiblit, les yeux s'excavent, météorisme énorme, vomissements porracés, palpation extrêmement douloureuse.

Le 14, la situation s'aggrave, la langue se dessèche, les extrémités se refroidissent. Quatre sangsues sur le ventre. Quelques gouttes de laudanum. Dans la journée il y a une évacuation naturelle.

Le 15 et le 16 la situation est la même, la douleur est surtout péri-ombilicale et sous-hépatique. La température reste à 39°.

Le 17, la température est à 38°, la langue est moins sèche, pas de vomissements, les autres symptômes sont les mêmes.

Le 18, la température est normale et elle l'est toujours restée depuis lors ; le pouls est à 136 ; langue meilleure ; visage moins altéré. Le 19, trois selles abondantes et très fétides ; ventre moins tendu et moins douloureux ; écoulement vaginal peu abondant. Lavement avec un gramme de salol.

A partir de ce moment l'amélioration a été progressive ; les signes de péritonite ont disparu ; mais l'état de faiblesse est extrême. Le 23, la malade s'asseyait sur son lit, le ventre est souple et indolore.

On administre de la teinture de noix vomique pour combattre l'asthénie musculaire qu'a laissée la paralysie diphthérique.

Le 4 février, l'enfant se lève un peu ; il ne lui reste qu'un léger nasonnement de la voix, vestige de sa paralysie diphthérique.

OBSERVATION VI

Péritonite blennorrhagique généralisée. Mort. (Mejia. 1897)

La nommée Ernestine G..., âgée de cinq ans, entre le 29 juillet 1896 à l'hôpital des Enfants-Malades, salle Roger, lit 8, dans le service de M. Moizard, remplacé par le Docteur Renault.

Lors de son entrée l'enfant est mourante, ses extrémités sont froides, le pouls incomptable, le ventre ballonné.

Voici ce que sa mère nous a raconté. Cette enfant née à terme, élevée au sein par sa mère pendant toute la première année, est la plus jeune de trois enfants ; les deux autres sont bien portants. Ernestine également avait joui d'une santé excellente jusqu'à l'âge de dix-huit mois. A cette époque elle eut la rougeole pour laquelle elle fut soignée pendant six semaines à l'hôpital des Enfants-Malades. Sa santé s'était

rétablie assez lentement, mais après quelques semaines de convalescence, elle reprit sa vigueur première.

A trois ans, à peu près en même temps que ses frères, elle eut la coqueluche. Malgré la longue durée de la maladie, la mère n'y attachant pas grande importance l'amena deux fois seulement à la consultation. Malgré l'absence de traitement suivi et de précautions hygiéniques, l'enfant guérit parfaitement en six semaines, mais resta assez longtemps amaigrie, souffreteuse et sujette à des rhumes fréquents. Enfin sa santé s'était encore une fois rétablie lorsqu'il y a huit jours environ, elle commença à se plaindre du ventre.

Elle continua pourtant à se lever et à marcher, mais ne prenait plus part aux amusements de son âge. Un purgatif administré par la mère, sans qu'aucun médecin eut été consulté, parut momentanément atténuer les symptômes en apparence peu importants. Mais le 24 juillet l'état s'aggrava subitement. L'enfant dut rester couchée, en proie à un malaise violent, se plaignant beaucoup du ventre.

Le même jour apparurent des vomissements alimentaires. L'enfant ne voulut plus absorber aucun aliment solide, elle ne prit que du lait et du vin qu'elle rendit d'ailleurs presque aussitôt après les avoir ingérés. Son visage devint pâle, couvert de gouttes de sueur, l'agitation augmenta et, pendant la journée et la nuit, l'enfant ne dormit pas.

Un médecin appelé le lendemain sans donner aucun diagnostic, prescrivit un lavement purgatif, fit mettre sur le ventre un cataplasme laudanisé et conseilla d'alimenter l'enfant avec du lait glacé.

Le 27 juillet il revint et voyant la persistance des vomissements qui, au dire de la mère, étaient jaunes comme de la

bile, il fit prendre à l'enfant une potion de Rivière, mais la mère ne put la faire absorber, car elle était rendue aussitôt qu'administrée.

Enfin le 28, devant l'aggravation toujours croissante de l'état de l'enfant, il conseilla son transport à l'hôpital.

Un autre médecin, appelé dans la soirée, donna le même conseil et s'abstint de tout traitement, il donna à la mère le diagnostic de péritonite et déclara que les vomissements, au moment où il les vit, étaient porracés.

Lors de son arrivée l'enfant est immédiatement examinée et on remarque tout d'abord une vulvite intense. La mère fit savoir que cet écoulement existait depuis une quinzaine de jours, mais qu'elle en ignorait la cause. Elle n'en avait pas, son mari et ses autres enfants étaient bien portants.

L'enfant a bien le facies abdominal. Elle est pâle, a l'air anxieuse, sa respiration est un peu suspirieuse, ses yeux sont excavés, entourés d'un cercle noirâtre. Ses narines sont pincées, son nez est effilé et froid. Les plis du visage sont accentués, les commissures abaissées, les narines et les lèvres sont pulvérulentes. La langue est sèche, mais non rôtie, tapissée d'un épais enduit saburral, grisâtre, sale. La gorge est saine.

Les nausées et les vomissements depuis l'entrée de l'enfant ont à peu près cessé. C'est à peine si elle a fait, sans aucun résultat d'ailleurs, quelques efforts de vomissement.

L'anorexie est complète. L'enfant abattue, prostrée refuse tout aliment même le lait.

L'abdomen est très ballonné, saillant, douloureux au palper. Cependant par la percussion doucement pratiquée, on croit sentir dans les régions inférieures, vers l'hypogastre et

les fosses iliaques, une certaine fluctuation. On la perçoit plus nettement par la percussion et la palpation combinées.

Sous la peau on voit quelques veines ascendantes, latéralement situées, et qui indiquent un début de circulation complémentaire.

La constipation est opiniâtre.

La fosse iliaque droite a été explorée aussi soigneusement que le permettaient les vives douleurs provoquées par le moindre atouchement. Elle ne présente ni empâtement spécial, ni tumeur, ni endolorissement plus marqués que dans les autres régions.

La respiration est courte, brève (40 mouvements par minute), c'est une dyspnée toxique et mécanique par refoulement et parésie du diaphragme, car l'enfant ne tousse pas et à l'auscultation, rapidement pratiquée, on ne trouve aucun signe d'inflammation pulmonaire ou pleurale. La sonorité est normale, les vibrations thoraciques impossibles à percevoir, le murmure vésiculaire s'entend bien, aucun bruit anormal n'existe, sauf peut-être quelques râles muqueux aux deux bases. La respiration, contrairement à ce qui a lieu chez l'enfant sain, est presque exclusivement costale, la paroi abdominale reste immobile. Les pulsations de l'artère radiale sont petites, filiformes, d'une extrême fréquence.

Les extrémités sont froides, malgré tous les efforts auxquels on a eu recours pour réchauffer l'enfant. La température est de 39°5.

A cause de l'état extrêmement grave dans lequel se trouve l'enfant, l'examen des organes génitaux a été pratiqué rapidement. Les grandes et surtout les petites lèvres sont rouges, un peu tuméfiées. Dans le vestibule est recueillie une goutte

de pus pour l'examen bactériologique. L'enfant meurt quelques heures après.

Autopsie.— A l'autopsie, voici ce que nous avons trouvé : à l'ouverture de l'abdomen s'écoule un flot de pus dont une partie est recueillie à l'aide d'une pipette. Ce pus est très liquide, séreux, contenant des flocons fibrineux. La quantité nous a paru être de 150 à 200 grammes. Les anses intestinales sont distendues par les gaz, rouges, recouvertes de fausses membranes fibrineuses qui les agglutinent entre elles, mais faiblement. L'intestin extrait de la cavité abdominale ne présente aucune altération autre que cette inflammation péritonéale. Nous remarquons en particulier que l'appendice est absolument normal. Le petit bassin présente, peut-être, des fausses membranes, des dépôts fibrineux plus épais, des adhérences un peu plus solides. Les trompes et les ovaires sont des deux côtés englobés dans ces dépôts fibrineux. Les trompes ont un calibre à peu près normal. Pourtant en les comprimant de dedans en dehors on fait sourdre par l'orifice de la trompe une goutte de pus crémeux, jaunâtre.

L'utérus sur une coupe transversale et verticale, nous montre seulement au dessous du muscle sain, une épaisse couche de pus, dans laquelle baigne la muqueuse congestionnée violemment enflammée. Les autres viscères, foie, rate, rein, cœur, cerveau, poumon, ne nous ont présenté aucune altération qui mérite d'être signalée.

Nous avons constaté seulement l'inflammation péritonéale à la surface du foie et de la rate et un certain degré de congestion et d'œdème des lobes inférieurs des deux poumons.

Notons enfin que les ganglions mésentériques, un peu

rouges, nous ont paru plus volumineux qu'à l'état normal.

Examen bactériologique. — 1° Examen du pus sur lamelles.

Dans le pus de la vulve, étendu sur lamelles et coloré par le bleu de méthylène, nous trouvons : de nombreux globules de pus à protoplasma peu coloré, à noyau un peu plus foncé et dans ces cellules de nombreux amas de diplocoques en forme de grains de café se regardant par leur surface plane, les deux éléments de chaque article étant séparés par une bande claire assez nette.

En dehors des globules nous avons trouvé des nombreux diplocoques analogues, des cocci isolés, des bacilles courts. En colorant par la méthode de Gram-Weigert, c'est-à-dire en faisant agir successivement le violet de gentiane, la solution iodo-iodurée, puis l'alcool absolu, nous avons constaté que les cocci intracellulaires et un certain nombre de cocci en dehors des globules étaient décolorés.

Ce résultat semble donc bien indiquer que cette enfant était atteinte d'une vulvite à gonocoques. Le pus du péri-toine sur lamelles a donné des résultats un peu différents. Nous y avons bien trouvé ces mêmes cocci, mais beaucoup moins nombreux.

Par ci par là, sur la préparation on voyait un globule de pus bourré de ces diplocoques de forme spéciale décolorés par la méthode de Gram ; mais ces globules contenant des microbes étaient presque rares, relativement à leur abondance dans le pus de la vulve. En dehors des cellules nous avons constaté l'existence d'un seul microbe, se présentant sous forme des bacilles courts, obtus, arrondis à leurs

extrémités, décolorés par la méthode de Gram, et qui semblaient être du bactérium coli commune.

2° *Culture*. — *Lepus* du péritoine lequel a été ensemencé suivant la méthode de Wertheim, c'est-à-dire, sur sérum sanguin additionné d'une quantité égale de gélose à 20/0. Le sérum provenait de sang humain obtenu par une saignée chez un urémique du service et avait été recueilli aseptiquement.

Trois dilutions furent faites et toutes trois versées encore liquides (à la température de 40°) dans des boîtes de Piétri.

Dans la première, les colonies étaient presque confluentes.

Dans la deuxième elles étaient en assez grand nombre.

Dans la troisième, il n'y en avait guère plus d'une dizaine.

Ces colonies examinées successivement nous ont montré dans le champ du microscope, au bout de quarante huit heures d'étuve, à 37°, qu'elles étaient composées les unes de bactérium coli, les autres de cocci présentant les caractères morphologiques et la réaction de coloration du gonocoque de Neisser.

Ensemencés sur gélose et gélatine, ces cocci ne se sont pas développés et la strie d'ensemencement est restée stérile même après trois jours d'attente.

Donc, dans la péritonite nous avons trouvé des gonocoques et du bactérium coli. Il nous est impossible de déterminer, si la présence de ce dernier est le résultat de sa pullulation après la mort, ou s'il a également joué un rôle pathogène. Mais l'existence des gonocoques est certaine et leur rôle a certainement été primordial.

OBSERVATION VII

Péritonite blennorrhagique chez une fillette de 4 ans et demi. Laparatomie. Guérison après deux poussées d'arthrite. Braquehay, Société de Chirurgie 1898.

Le 17 septembre 1897 on amenait à l'hôpital des Enfants la jeune Irène C..., âgée de 4 ans et demi. Elle était envoyée à M. le Professeur Piéchaud, que je suppléais pendant les vacances, avec le diagnostic d'appendicite. La mère nous racontait que depuis une semaine son enfant se plaignait du ventre et n'allait pas à la selle ; d'après les conseils d'une commère, elle lui avait fait prendre un vermifuge puis un lavement sans résultat.

Brusquement il y a trois jours, nous dit-elle, l'affection débuta par une douleur très vive, en coup de pistolet dans l'abdomen, surtout dans la fosse iliaque gauche, avec fièvre intense.

Quelques heures après survenaient des vomissements verdâtres, abondants. C'est alors qu'un médecin appelé porta le diagnostic d'appendicite et prescrivit un lavement simple et des onctions d'onguent napolitain belladonné sur le ventre. Le mal ne fit qu'empirer.

Dès son arrivée nous examinons l'enfant. Elle a un facies péritonéal très accentué. Du côté de l'abdomen qui est très ballonné, les anses intestinales font saillie à travers la paroi. Elles se sentent encore mieux au palper. La fillette est un peu somnolente ; mais dès qu'on touche le ventre elle sort de

sa torpeur et crie. La douleur est très vive, surtout dans l'abdomen à droite, comme à gauche ; la sensibilité n'est pas plus vive au point de Mac Burney. Il n'y a pas de trace d'empatement dans la fosse iliaque droite ni en aucun point. Pas d'ascite.

Pendant l'exploration nous remarquons que la chemise de l'enfant porte des taches verdâtres et qu'il existe une vulvovaginite intense dont l'écoulement a excorié les cuisses et les grandes lèvres. La mère nous apprend qu'il y a plus de trois mois que dure la lésion, mais que d'après une théorie en honneur dans le peuple, elle s'est bien gardée de faire disparaître cet exutoire « pour les mauvaises humeurs. »

Température rectale à 37°4. Pouls très petit bat à 144.

Rien à noter dans les antécédents personnels ou héréditaires.

Ecartant le diagnostic d'appendicite localisée, nous portons celui de péritonite aiguë ayant pour origine, soit une perforation brusque de l'appendice, soit plutôt la vulvovaginite propagée à l'utérus et aux annexes.

L'écoulement vaginal examiné par notre collègue et ami Sabrayès fourmillait de gonocoques. En présence de ces symptômes, nous prévenons la mère de l'état très grave de sa fille et du peu de chance que nous avons de la sauver même par une opération.

L'opération est faite aussitôt. Lavage abondant vulvaire et vaginal au permanganate ; aseptie du ventre, chloromisation. Laparotomie médiane de la symphise à l'appendice xyphoïde. Les anses intestinales rouges et extrêmement distendues font hernie et sont abritées dans des serviettes stérilisées, chaudes et sèches. Il existe à leur surface des

dépôts fibrineux surtout abondants vers le petit bassin. Nous allons d'abord à la recherche du cœcum ; il n'y a rien à l'appendice. Par contre la rougeur est marquée dans le petit bassin surtout à gauche. Il y a là une ou deux cuillérées de sérosité roussâtre ressemblant à du bouillon ; une partie est recueillie dans des pipettes, le reste est épongé avec des compresses stérilisées ; on garde aussi pour l'examen quelques débris de fibrine. Ceux-ci, de même que le liquide roussâtre, sont restés stériles. Il n'est pas fait de lavage.

La masse intestinale est ensuite réduite et la paroi est suturée couche par couche ; le péritoine et les muscles au catgut, la peau au crin de Florence.

Pansement : gaz et ouate stérilisées. Ouate autour des quatre membres et du thorax. Bouillotte. L'opération n'a duré que dix-sept minutes depuis le début de la chloroformisation.

Au réveil la petite malade a encore quelques vomissements verdâtres, qui cessent dans l'après-midi. Le soir, température 37°4. Pouls 130.

Le 18 septembre, l'enfant a dormi et a pris pendant la nuit un peu de champagne et de lait coupé d'eau de Vichy. Elle n'a plus vomi, elle répond aux questions qu'on lui pose, son facies est meilleur ; le ventre n'est plus sensible. Température 38°. Pouls 120. Le soir, température 38°6, pouls 140. Même état général. L'enfant n'a pas été à la selle depuis huit jours. Aussi, en présence de l'amélioration de l'état général et local coïncidant avec cette élévation de température, nous prescrivons un lavement avec une cuillerée de glycérine. Pendant la nuit l'enfant a une selle.

Le 19, température 37°6. Pouls 100. Lavages vaginaux au permanganate trois fois par jour. L'état général s'améliore jusqu'au 21 ; la température oscille de 37°5 à 38 et le pouls de 80 à 100 le 20 septembre. Le 23, température de 37° matin et soir. L'enfant va à la selle sans lavement ; jusqu'à elle n'a pris que du lait et de l'eau de Vichy et demande à manger ; nous lui permettons de prendre un jaune d'œuf battu dans du lait.

Le 22 septembre, la température est montée à 39°. Pouls 110. Cependant le facies est bon ; nous enlevons la ouate du pansement sans toucher à la gaze stérilisée en contact avec la plaie. Le ventre est souple, il n'est pas douloureux à la pression. La vulvite va mieux. Nous allions incriminer l'alimentation reprise trop tôt pour expliquer cette recrudescence de la température, lorsqu'en touchant par hasard le pied droit de la malade, nous constatons de l'empâtement et de la douleur au niveau du tarse ; une poussée d'arthrite manifeste expliquait cette élévation de la température.

Néanmoins par prudence, nous mettons l'enfant à la diète lactée.

Les jours suivants température de 38 à 39° et pouls de 102 à 128.

Nouvelle selle, le 23 après un purgatif.

Le 24 au matin la température tombe à 37° 6 et le pouls à 98. Mais ce soir nouvelle élévation brusque de température 39° 2.

Le lendemain nous constatons encore une poussée d'arthrite dans les petites articulations du tarse gauche, tandis que le pied droit n'est presque plus douloureux. L'état général allant de mieux en mieux et l'enfant réclamant à manger

nous n'hésitons plus à lui permettre deux œufs à la coque par jour dans du lait, car la température est bien manifestement la signature de chaque poussée d'arthrite.

Dès le 26, la malade entre en convalescence, brusquement la température tombe à 36° 8 et dès lors elle ne dépasse plus 37° 4. Le pouls reste encore aux environs de 100 jusqu'au 1^{er} octobre. Depuis la guérison s'est maintenue parfaite. Les fils sont enlevés le 28 septembre (11 jours après l'opération). La réunion s'est faite par première intention ; seul le point de suture, passant par l'ombilic est un peu rouge. Le ventre tout à fait souple n'est plus douloureux à la pression.

Au commencement d'octobre, l'alimentation ordinaire est reprise (purées, œufs, cervelles) ; malgré les lavages vulvaires l'écoulement a persisté jusqu'au 28 octobre.

Irène C., revue le 16 novembre, est en très bonne santé. Cependant à plusieurs reprises la vulvite à reparu malgré les bains et les lavages journaliers. Il ne reste comme suite de la péritonite qu'une tendance à la constipation par parésie intestinale ; le ventre, en effet, est ballonné, mais non douloureux. Il n'y a pas d'éventration. Nous prescrivons de temps en temps un peu de calomel (5 doses de 0,01 centig.), du massage de l'abdomen matin et soir et le port constant d'un bandage de flanelle pour comprimer la masse intestinale.

Nous avons revu cette fillette tous les deux mois ; la guérison est maintenant complète (juillet 1898). C'est aujourd'hui une enfant gaie et turbulente, son ventre est normal, ses selles sont régulières et spontanées.

OBSERVATION VIII

Fille de douze ans, fièvre typhoïde, péritonite soudaine pendant la convalescence. — On est sur le point de faire la laparotomie. — Vulvo-vaginite. — Guérison par le traitement médical. — (Comby-Gadaud, Société méd. des hôp., 1901).

Lucie Ch. . . , entrée le 25 septembre 1900 à l'hôp. des E.-M. salle de Chaumont pour une fièvre typhoïde. Elle fut grave et dura 36 jours environ.

Le 13 novembre. — La température était de 37° et la guérison pouvait être considérée, comme presque complète.

Le 14 novembre. — Alors que rien ne pouvait le faire prévoir, 15 jours environ après la reprise de l'alimentation, la malade est atteinte le soir de céphalalgie de vomissements, alimentaires d'abord, bilieux ensuite ; elle se plaint en même temps d'une violente douleur abdominale. La température atteint 39°.

Ces phénomènes semblent pouvoir être mis sur le compte d'un excès alimentaire, mais le lendemain l'état de la malade s'est aggravé.

La douleur abdominale est toujours violente. Il ne s'agit pas de coliques, il existe une douleur constante, une sensibilité exquise qui redoute tout contact.

La malade est dans le décubitus dorsal, immobile, les jambes fléchies sur les cuisses. Les cuisses sur le bassin. Le

visage est anxieux, grippé, le nez froid et effilé, les lèvres bleues, la langue sèche et sale, les extrémités sont cyanosées. La température est, il est vrai, moins élevée que la veille, 38° ; mais le pouls est fréquent, on compte 145 pulsations par minute.

Les vomissements alimentaires et bilieux de la veille ont fait place à des vomissements verdâtres. Il y a eu depuis trois soirs une selle diarréique.

A l'examen, le ventre apparaît tendu, régulièrement ballonné ; le ballonnement n'a toutefois rien d'excessif. Le moindre contact est douloureux, cependant il n'est aucun point où cette sensibilité paraisse particulièrement développée. La palpation est rendue fort difficile du fait de la douleur.

La douleur est provoquée en tous les points du ventre, et il n'existe pas d'hyperesthésie cutanée, se traduisant à la plus légère excitation.

La douleur n'est pas localisée au point de Mac-Burney. Il n'y a pas de défense musculaire ; d'induration, de plastron que l'on trouve dans l'appendicite.

Le toucher rectal est pratiqué, mais il ne montre aucun empatement notable de la cavité pelvienne.

Devant l'ensemble des signes observés : douleur abdominale, vomissements, état général, et devant leur intensité on n'hésite pas à porter le diagnostic de péritonite généralisée.

La cause de la péritonite est discutée.

La notion de la dothiéntérie antérieure et la brusquerie du début de l'affection actuelle font soutenir l'hypothèse d'une perforation typhoïdique.

Peut-on incriminer l'appendice ? Si l'on n'a pas le droit de nier formellement l'appendicite, il est impossible de l'affirmer puisque on ne peut constater à l'heure actuelle aucun signe de localisation appendiculaire et que les accidents de la malade sont à ce sujet négatifs.

Mais, comme on poursuit l'examen, on découvre à la malade un symptôme nouveau qui oriente d'une façon différente le diagnostic étiologique.

Il existe un écoulement vulvo-vaginal verdâtre tachant le linge, très abondant. La vulve est rouge, le pus séché recouvre les grandes lèvres de croutelles jaunâtres. La vulve est d'ailleurs bien conformée, l'hymen intact ; on pense que la péritonite peut avoir pour origine l'inflammation des voies génitales que révèle cet écoulement vulvaire.

Quoi qu'il en soit de l'étiologie de l'infection : devant l'intensité des symptômes on discute l'opportunité d'une intervention chirurgicale. M. Brun est appelé et trouve que l'opération est indiquée, et il ne diffère la laparotomie que parce que l'autorisation d'opérer l'enfant n'a pas été donnée par la famille. Le traitement médical est appliqué. Diète absolue, glace sur le ventre, 250 gr. de sérum artificiel en injection sous-cutanée, 1/2 centigramme de morphine.

Le soir de ce jour, 15 novembre, comme on examine de nouveau la malade dans l'idée qu'une intervention actuellement autorisée va être nécessaire, on est surpris d'observer un mieux, très léger sans doute, mais indéniable.

La douleur est toujours la même, toujours généralisée, les vomissements continuent, le faciès est toujours grippé, péritonéal, la température est à 39°, le pouls bat à 110, la

langue est un peu plus humide, on ne croit plus à la nécessité d'une intervention chirurgicale.

Le lendemain matin, 4 novembre, la température est à 37° le pouls à 100. Les vomissements ont cessé. Le ventre est moins tendu et moins douloureux. L'état général, l'aspect de la malade sont un peu meilleurs.

M. Brun qui revoit l'enfant écarte pour le moment toute idée d'intervention. La diète, une potion de Todd, la morphine, la glace sont continuées.

Le 17, le mieux se continue, l'état général se relève, le pouls est à 100. La langue se nettoie. Il y a eu un vomissement. Pas de selle. La douleur abdominale est moindre.

Les trois jours qui suivent, l'amélioration s'accroît nettement. Le 22, la guérison est complète.

OBSERVATION IX

Vulvo-vaginite, péritonite grave, guérison sans
intervention (Comby-Gadaud)

Alice E. . . , six ans et demi, entre à l'hôpital des Enfants-Malades, salle de Chaumont, le 16 octobre 1900 pour une pleurésie métapneumonique révélée par les signes cliniques, confirmée par la ponction exploratrice et guérie sans opération.

Dès le 26 octobre, l'apyrexie était complète et la matité persistait seule jusqu'au 15 novembre. A partir de cette

date, la malade n'était gardée que dans l'attente de son départ pour l'asile de convalescence de Forges.

Le 4^{er} décembre. Une légère grippe se déclarait qui nécessitait encore le séjour de la malade à l'hôpital.

Le 7 janvier 1901. Comme guérie de sa grippe, elle attendait de nouveau son envoi dans une maison de convalescence ; elle est trouvée du jour au lendemain profondément modifiée.

Le 8 janvier. A la visite la malade n'avait pas attiré l'attention, dans la journée, elle commença à se plaindre de coliques violentes, sans diarrhée, sans garde-robes. Le soir, on la trouve déjà dans un état assez alarmant.

Le 9 janvier. La douleur abdominale est vive, constante, avec des exacerbations douloureuses qui par instant arrachent des cris à la malade. Des vomissements alimentaires surviennent. L'état général est très modifié, la malade est immobile, étendue sur le dos, les jambes fléchies, la face est pâle et légèrement angoissée.

La température est à 39° ; le pouls petit bat à 130 Les signes physiques sont les suivants : ventre tendu, ballonné. La palpation rendue difficile par la douleur qu'elle réveille est cependant possible. La paroi abdominale a conservé sa souplesse, il n'y a en aucun point de défense de la paroi. La percussion ne fait percevoir en aucun point de zone de matité. On cherche à préciser le siège de la douleur, il n'y a pas de localisation dans la fosse iliaque droite.

La diète absolue est prescrite, une vessie de glace est appliquée sur le ventre.

Le lendemain matin, 10 janvier, l'état de la malade a empiré. Les symptômes fonctionnels, les signes physiques ne

se sont cependant pas sensiblement modifiés. Mais l'état général est plus grave.

Le pouls oscille autour de 180. La température autour de 39°. L'aspect est plus alarmant ; la face a pâli davantage, les yeux se sont cernés, excavés d'une façon saisissante, le nez est grippé, les lèvres pincées et cyanosées, la langue sèche et saburrale, l'expression est celle de l'angoisse.

En rapprochant l'état général, les signes locaux et les symptômes fonctionnels, on trouve réalisé au grand complet le syndrome péritonéal.

Comme on discute sur la cause de la péritonite, la péritonite appendiculaire est rejetée de par l'absence des signes de localisation actuels ou passés ; péritonite à pneumocoques pour laquelle on veut attendre l'évolution de la maladie ; le diagnostic étiologique se fait par la constatation d'une vulvo-vaginite.

La vulvite est récente, contractée dans le service, transmise par le thermomètre ou le bassin.

L'écoulement est verdâtre, très abondant. L'examen du pus décèle la présence du gonocoque.

Le traitement institué fut le suivant : Diète absolue, glace sur le ventre, 1/2 ctgr. de morphine, 200 gr. de sérum artificiel. L'état ne paraît pas assez grave pour que l'on discute cette fois la nécessité d'une intervention chirurgicale.

Le 11 janvier. — L'état de la malade était à peu près le même. Même facies, même température à 38°5, même pouls, Pas de selles, les vomissements continuent.

Le 13 janvier. — Encore peu de changement, mais cependant, légère amélioration, facies un peu meilleur, température 38°, le pouls se relève. Le traitement est continué.

Le 13 et 14. — L'amélioration continue à se dessiner. — Température 37°2, pouls 120, la douleur spontanée et continue persiste, mais la douleur provoquée est moindre ; le ventre se laisse déprimer.

Le 15. — Le facies reprend ses caractères normaux, la douleur provoquée a presque complètement disparu.

La malade se plaint encore de légères coliques à de rares intervalles. Il n'y a plus aucune crainte sur l'issue de la maladie.

Le 17. — La guérison est complète.

OBSERVATION X

Péritonite grave, vulvo-vaginite, on est sur le point d'opérer.

Guérison sans intervention. — Comby-Gadaud.

Marie-Louise B..., 6 ans 1/2, entre à l'hôpital des Enfants malades, le 27 novembre 1900, salle de Chaumont.

Elle est malade depuis huit jours. Le 19, elle aurait été prise de malaises considérés par les parents comme dus à une indigestion : vomissements alimentaires le 19 au soir et dans la journée du 20.

Le 20. — Douleurs abdominales prédominant dans la fosse iliaque droite. Selles peu abondantes.

Le 24. — L'état s'aggravait un peu, les selles se supprimaient, la douleur abdominale se généralisait ; ces symptômes persistaient jusqu'au 27 et ce n'est qu'à cette date que les parents amenèrent l'enfant à l'hôpital.

A l'entrée de la malade, les symptômes sont ceux d'une péritonite bien caractérisée.

La douleur abdominale est vive, continue et généralisée; il n'y a pas de vomissements. La constipation est absolue. Les phénomènes généraux sont graves. Abattement et refroidissement.

Les extrémités sont cyanosées, la face est pâle et grippée. La température est à 38°6, le pouls petit, extrêmement difficile à percevoir.

Le diagnostic de péritonite est posé, on songe à l'appendicite, mais on tend à l'éliminer de par l'absence des signes de localisation. La constatation d'un écoulement vulvo-vaginal permet d'en supposer l'étiologie.

L'écoulement, déjà ancien, a présenté 15 jours avant l'entrée de la malade, 8 jours avant le début du syndrome péritonéal, une poussée aiguë; devenu plus abondant il s'est de plus accompagné de douleurs à la miction.

L'examen bactériologique à l'entrée de l'enfant dans les salles n'a pas décelé dans le pus la présence du gonocoque. Devant l'intensité des symptômes péritonéaux et comme dans l'observation précédente, l'opportunité de l'intervention chirurgicale se discuta.

M. Brun voit la malade, mais il juge bon d'attendre à condition de suivre de très près l'évolution de la maladie. Le traitement médical est institué: diète, glace, morphine.

Le lendemain matin la péritonite semble avoir subi une légère accalmie.

Le ventre est moins douloureux, la langue est moins sèche, l'aspect de la malade est meilleur, le pouls est à 120.

Cette amélioration n'est que le début d'un mieux qui per-

siste. A partir de ce jour les signes s'atténuent d'une façon lente, mais régulière et, le 8^e jour après son entrée à l'hôpital, la malade peut être considérée comme guérie.

Le 7 janvier 1901 elle est prise assez brusquement d'une deuxième poussée à peu près semblable à celle que nous venons de décrire ; avec vomissements biliaires et douleurs abdominales, ventre ballonné, suppression des selles.

L'état général reste bon, la langue humide. Le traitement médical est de nouveau appliqué et pendant 5 jours l'état reste stationnaire. Du 7 au 12 janvier on ne note que deux selles.

Du 13 au 14, les phénomènes s'amendent et la guérison survient.

Nous avons encore à signaler trois observations que nous n'avons pu nous procurer et qui ont trait l'une à une péritonite généralisée aiguë grave développée chez une fillette atteinte de vulvo-vaginite et guérie, due à Nolen (Nederl. Tijdschr. v. Geneesk), et signalée dans la Semaine médicale de 1898 ; les deux autres à des péritonites généralisées, suivies de mort, chez des petites filles de 5 ans, atteintes de vulvo-vaginite et dues l'une à Hatfield (Archives of Pædiatrics, 1887) et l'autre à Welandér (Mémoires de la Société de gynécologie de Leipzig).

II. — Péritonite légère

Dans cette forme nous trouvons la même brusquerie de début : ce sont des douleurs de ventre, des vomissements, jamais très intenses ; de la fièvre qui monte souvent haut, 38°, 39° et pouvant même atteindre 40°. Mais dans cette forme on note presque toujours de la diarrhée ; en même temps l'état général est peu atteint ; le facies peu altéré, et au bout de 4 jours en moyenne, tous ces phénomènes s'apaisent et l'enfant guérit rapidement. Dans certains cas même, tout se borne à de la sensibilité abdominale et à quelques vomissements ; c'est à ces cas qu'on a donné le nom de péritonisme.

OBSERVATION XI

(Loven, 1886)

Une fille de cinq ans est prise de vomissements. Deux jours après on trouve sur les draps de son lit des taches qui conduisent à faire l'examen génital, lequel permet de constater l'existence d'un écoulement purulent. Il se développe ensuite une péritonite avec des douleurs dans l'épaule.

OBSERVATION XII

Péritonite bénigne à la suite d'une vulvo-vaginite.

(Braquehay, in thèse de Rousseau, 1898)

En mars 1897, je fus appelé, la nuit, dans une famille de gens pauvres, vivant six ou huit dans la même chambre. Une enfant de trois ans, Louise R., atteinte depuis très longtemps d'un écoulement vulvo-vaginal, éprouvait des douleurs très vives dans l'abdomen. A mon arrivée, je pus constater que l'abdomen était ballonné, très sensible à la pression dans toute son étendue. Je ne trouvai point de traces d'épanchement.

Le pouls était à 132, la température à 39°. Elle avait le facies péritonéal bien que peu accentué.

De plus elle était atteinte d'urétrite et se plaignait d'envies fréquentes d'uriner.

J'ordonnai des lavages et des injections à l'eau boriquée. Je fis appliquer sur l'abdomen des cataplasmes chauds, fréquemment renouvelés, je mis la malade à la diète lactée.

En trois ou quatre jours, les symptômes abdominaux, le ballonnement de l'abdomen, les douleurs spontanées et à la pression cessèrent ; mais la vulvite mal soignée persista.

En juin 1898 je revis l'enfant ; la péritonite n'avait point récidivé, seule la vulvo-vaginite n'était point guérie, et par moment subissait une poussée avec écoulement abondant.

OBSERVATION XIII

Quatre observations de péritonite aiguë chez des petites filles atteintes de vulvo-vaginite. Guérison. (Comby).

D... Juliette, 11 ans, entre le 7 septembre 1896 pour une scarlatine qui guérit bien. Le 2 octobre, 28^e jour de la maladie, douleurs de ventre, vomissements, fièvre 39°8. Les symptômes péritonitiques persistent 4 jours, la température atteint 40° et l'enfant guérit. On s'aperçoit qu'elle avait de la vulvo-vaginite qui guérit en 8 jours.

OBSERVATION XIV

B... Joséphine, âgée de 10 ans, entre à l'hôpital pour une scarlatine le 2 octobre 1896 ; le 12 elle présente un écoulement purulent de la vulve qu'on traite par les injections de permanganate de potasse à 1 pour 1000. Le 14, vomissements soudains, douleur de ventre, fièvre (38°2, 39°). Les vomissements, les douleurs, la fièvre durent 4 jours et la guérison est obtenue.

OBSERVATION XV

C... Georgette, âgée de 4 ans, entre à l'hôpital, le 5 mars 1896, pour une vulvo-vaginite à gonocoques. Elle présente à ce moment de la fièvre 39°, des vomissements, des douleurs abdominales spontanées et à la pression, de la diarrhée. Traitement par les irrigations antiseptiques, la glace sur le ventre, la diète, guérison.

OBSERVATION XVI

T... Eugénie, âgée de 6 ans, entre à l'hôpital le 22 avril 1895, pour une vulvo-vaginite à gonocoques, datant de 10 jours. Depuis 2 jours douleurs atroces dans le ventre, vomissements bilieux, anorexie, soif vive, diarrhée, envies fréquentes d'uriner ; température 39°. Là encore la guérison a été obtenue en quelques jours.

OBSERVATION XVII

Vulvo-vaginite, péritonite légère. Guérison.
(In Thèse de Guillaumont)

Alice .., 8 ans, entre le 4 novembre 1898, salle de Chaumont, à l'hôpital des Enfants-Malades.

Antécédents héréditaires. — Rien.

Antécédents personnels. — Enfant née à terme, élevée au sein par sa mère.

Pas de maladies antérieures.

La petite fille était à Courbevoie et n'est revenue dans sa famille que depuis 4 semaines. A cette époque on s'aperçut que les draps de l'enfant étaient tachés en jaune et qu'il s'écoulait de la vulve un liquide jaune verdâtre abondant.

Le jour de l'entrée à l'hôpital l'examen général de l'enfant est satisfaisant, on ne constate qu'une vulvo-vaginite intense, avec écoulement de pus épais et verdâtre.

T. 37°2.

On commence les injections de permanganate de potasse à 1/1000 qui sont très difficiles à faire et pénètrent mal dans le vagin par suite de la conformation de l'hymen.

Deux jours après, le 6 novembre, vers 11 heures du matin, l'enfant se plaint de douleurs vives dans le ventre. Elle refuse de manger. La température prise à 4 heures du soir atteint 40°. L'enfant a une diarrhée abondante et des vomissements. Le palper abdominal est très douloureux. Le facies est mauvais.

On craint une péritonite. Repos. Diète. Glace sur le ventre. Mais le 7 novembre la température retombe à 37°. La malade accuse encore des vagues douleurs de ventre, surtout accentuées dans le côté gauche. Pas de vomissements.

Le 8 novembre la température est restée normale, le ventre n'est pas douloureux au toucher, l'enfant n'a pas d'anorexie, il n'y a pas eu non plus de vomissements et tous les symptômes pouvant faire redouter la péritonite ont disparu.

La petite fille sort guérie le 25 novembre.

OBSERVATION XVIII (Inédite)

Julie X..., 8 ans, vient à la consultation pour un écoulement datant de 15 jours. A l'examen on constate que sa chemise est tachée ; et que ses grandes lèvres sont rouges, tuméfiées, faisant soudre entre elles du pus verdâtre. En les écartant on voit que la vulve est rouge, l'hymen est intact et en arrière de lui il y a du pus accumulé, car à la première injection il s'écoule un flot de pus. L'enfant se plaint aussi de douleur à la miction.

On la place à l'infirmerie le 20 octobre 1900. L'examen du pus pratiqué à ce moment démontre la présence très nette du gonocoque. Il n'y a pas à ce moment d'autre vulvo-vaginite dans le service ; mais l'enfant a été en permission chez elle il y a trois semaines.

Le traitement est institué ; soins de propreté minutieux, grands lavages avec la solution de permanganate de potasse au 1/1000 c. L'écoulement avait presque complètement disparu, lorsque brusquement à la visite du 27, l'enfant qui était toujours levée est trouvée dans son lit, souffrant beaucoup du bas-ventre et ayant eu des vomissements abondants pendant la nuit.

Elle est couchée sur le côté, les cuisses repliées sur le ventre ; la figure un peu fatiguée ; quelques hoquets la secouent. Le ventre est à peine gros, mais très sensible surtout dans la fosse iliaque gauche. Temp. 38° ; pouls 100.

Dans la journée les vomissements augmentent, le ventre

se ballonne, il y a un peu de diarrhée. Elixir parégorique, glace sur le ventre. Température 38°8, pouls 112.

Le 28, le 29 et le 30 même état avec alternatives du mieux.

Le premier novembre, la fièvre est tombée (37°3), l'enfant a dormi, elle souffre à peine de son ventre, et les jours suivants elle se lève. L'écoulement persiste encore jusqu'au 8, époque où il disparaît complètement.

III. — Péritonite localisée.

Ces péritonites localisées sont toujours des pelvi-péritonites ; nous nous sommes assez longuement expliqués sur leur mécanisme pour n'avoir pas besoin d'y revenir.

La douleur, très intense, est localisée dans une des fosses iliaques ; le ventre est tendu, rigide, et la cuisse fléchie sur l'abdomen. Il y a des vomissements alimentaires, bilieux, porracés et on note de la dysurie.

L'état général est mauvais, l'enfant dort mal. La température monte à 38°, 39°. Le pouls est rapide.

Au bout de 4 ou 5 jours, la guérison survient : elle est la règle.

OBSERVATION XIX

Pelvi-péritonite à la suite d'une vulvo-vaginite. Sanger, 1888.

Je crois que les épidémies familiales (comme je pourrais les appeler) d'infection gonorrhéique, ne sont pas rares du tout. J'en ai observé un cas récemment.

La mère enceinte de huit mois, souffrait d'une cysto-uréthro-pyéélite grave avec endométrite cervicale gonococcique. Elle avait été contaminée par le mari fraîchement infecté. L'enfant né prématurément, à 30 semaines, vint au monde avec une ophtalmie blennorrhagique. En même temps le second, une enfant de trois ans et demi, tombait malade d'une vulvo-vaginite et d'une pelvi-péritonite évidente qui aboutit à la guérison après une période critique de trois semaines.

OBSERVATION XX

Péri-salpingo-ovarite à la suite d'une vulvo-vaginite.
Hüber 1889.

Il y a quelques jours j'ai vu, grâce à la courtoisie du D Newfield, une fillette de onze ans, avec une maladie aiguë dont la manifestation principale était une souffrance intime dans l'aîne droite avec difficulté pour uriner, quelques vomis-

sements et une sensibilité douloureuse avec rigidité du côté droit de l'abdomen ; la cuisse était elle-même infléchie sur l'abdomen.

L'existence d'un sérieux catarrhe vaginal nous mit sur nos gardes et l'examen vaginal révéla l'absence d'hymen et un ovaire enflammé et d'une exquise sensibilité.

OBSERVATION XXI

Péritonite aiguë sous-ombilicale au cours d'une vulvo-vaginite. Guérison. (Marfan).

Une fillette de 9 ans est conduite à l'hôpital le 3 juillet 1894, parce qu'elle a des pertes depuis 5 ou 6 mois ; la vulve est rouge et tuméfiée, couverte de croûtes jaunâtres ; les linges de l'enfant présentent des nombreuses taches ; l'hymen est intact ; l'urèthre est enflammé. On la traite par les lavages de permanganate de potasse à 1/100).

Le 4 juillet, l'enfant se plaint du ventre qui est douloureux à la pression et le soir la température atteint 38° 6. Dans la nuit il survient des vomissements verdâtres.

Le 5, la température est à 39° 2 ; le facies est grippé ; le ventre n'est pas très gros, mais il est tendu et très douloureux dans toute la région sous-ombilicale. Le pouls est rapide, mais fort ; la fillette n'est pas abattue. On prescrit 15 gouttes d'élisir parégorique pour immobiliser l'intestin ; une potion de Todd, une vessie de glace sur le ventre, du lait glacé. L'enfant a encore des vomissements porracés. Le soir

On applique une ventouse scarifiée au niveau de chaque fosse iliaque ; la température est de 38° 9.

Le 6, l'état s'est amélioré ; le ventre est un peu distendu et l'exploration ne permet de constater ni empâtement, ni ascite ; la température est de 37° 4, il n'y a eu qu'un vomissement pendant la nuit. Le soir la température est à 38°. Le 7 juillet la température est encore à 38° 5, mais le mieux s'accroît et peu à peu tous les troubles s'effacent. Le 10 elle est hors de danger.

OBSERVATION XXII

Péritonite sous-ombilicale légère à la suite d'une vulvo-vaginite (Braquehay, 1896 in-thèse Rousseau)

Le 11 mars 1896 nous sommes appelés près d'une enfant de deux ans Madeleine B..., souffrant depuis la veille de douleurs très vives dans l'abdomen. Le ventre est très douloureux à la pression, surtout dans la région sous ombilicale ; il est un peu ballonné. Pas de fluctuation. La température est à 38°. Le pouls bat 120 pulsations. Le facies est bon. La fillette n'a ni vomissements, ni diarrhée.

En interrogeant les parents, nous apprenons que la petite malade était atteinte depuis trois mois au moins de vulvo-vaginite. Les cuisses sont excoriées, la vulve est très rouge, et le linge est taché en vert.

Les parents sont bien portants, mais la mère de moralité

douteuse a eu aussi des pertes verdâtres à diverses reprises; elle lave les parties génitales de sa fille avec l'éponge qui lui sert à sa toilette intime.

Nous mettons la petite malade à la diète lactée avec repos complet; puis des cataplasmes chauds sont appliqués sur le ventre avec de l'onguent napolitain. Enfin, nous faisons chaque jour quatre lavages vulvaires au permanganate.

Le 16 mars, nous avons revu l'enfant. Dès le 12 mars les douleurs du ventre ont diminué pour cesser vers le 14. Depuis la fillette souffre d'une constipation opiniâtre que nous traitons par le calomel, bien que les pertes aient diminué, les lavages vulvaires sont continués.

Le 7 avril, la péritonite n'avait pas récidivé, mais depuis quelques jours, malgré le traitement précédent, nous ajoutons des bains de siège.

Nous n'avons revu la malade qu'en janvier 1897 et jusqu'à cette époque il n'y a pas eu de poussées abdominales, la vulvite seule n'a jamais complètement disparu.

L'écoulement n'a cessé qu'en octobre 1897.

OBSERVATION XXIII

Pelvi-péritonite blennorrhagique, à la suite de viol,
chez une petite fille de 12 ans (Rousseau)

Le 26 mai 1898, une enfant de neuf ans, Suzanne F... est violée par un de ses voisins. Le 29, elle est prise de pertes

abondantes tachant le linge en jaune ; la mère croyant à une inflammation due au manque de propreté ou à des mauvaises habitudes, gronda sa fille et lui lava les organes génitaux avec une infusion de fleurs de mauve.

Le 3 juin, la petite Suzanne est en proie à des douleurs de ventre atroces ; elle perd connaissance. La mère inquiète la pousse de questions, lui fait tout avouer. Le docteur Lande le 5 juin, onze jours après l'attentat, envoie la petite fille à l'hôpital des Enfants. Elle est admise dans le service du docteur Monod.

A l'examen, l'enfant paraît maigre, chétive. Aucun signe de puberté. La vulve est très rouge, l'hymen déchiré. Il s'écoule par l'orifice vaginal du pus en assez grande abondance, pus qui s'est concrété en croûtes assez épaisses sur les cuisses et les grandes lèvres. Il tache le linge en jaune verdâtre. Douleurs à la miction, le pus n'est pas examiné.

A la palpation on réveille au niveau des annexes des deux côtés une douleur très vive. Ventre légèrement ballonné. L'enfant vomit une tasse de lait qu'on lui fait prendre. Douleur spontanée au niveau des reins. Température du matin 36°8. Langue saburrale. Comme traitement, glace sur le ventre, cataplasmes laudanisés sur la région lombaire, diète, boissons glacés. Soir, température 38°2.

Lundi 6. — Matin, temp. 36.8 ; meilleur état général, le ventre est plus souple. Pas de vomissements. Les pertes sont très abondantes. On fait une injection au permanganate de potasse. La glace est supprimée. Soir, température, 37°6.

Mardi 7. — Matin, T. 38.2. Le ventre est tendu et douloureux. Un lavement, administré le matin à 6 heures, a

amené une bonne selle. Nouvelle injection au permanganate.

La glace est reprise. Soir, T, 37.8.

Mercredi 8. — T. 37° le matin, 37°2 le soir, injection au permanganate ; l'enfant ne souffre plus, la nuit a été calme, les précédentes étaient agitées.

Jeudi 9. — T. 37°6, état satisfaisant.

Ventre un peu douloureux. Les jours suivants les douleurs de ventre s'apaisent, les pertes sont insignifiantes ; la semaine suivante, les pertes disparaissent, la température redevint normale ; l'état général se relève et l'enfant quitte le service guérie dans les premiers jours de juillet.

L'examen du pus n'avait pas été fait, mais l'anus examiné par le Dr Lande, présentait une blennorrhagie très aiguë.

OBSERVATION XXIV (Inédite)

Marie X. 14 ans, se plaint d'avoir des règles douloureuses.

A l'âge de 6 ans, elle a eu une vulvo-vaginite intense, mal soignée, négligée même. Règlée à 11 ans, elle a eu à ce moment des crises douloureuses du côté du bas-ventre ; avec de la fièvre et des vomissements, elle a dû garder le lit pendant 20 jours et avec de la glace sur le ventre. Depuis cette époque elle est atteinte chaque mois, au moment de ses règles, des douleurs épouvantables du côté gauche de l'abdomen et souffre des vomissements répétés. Ces phénomènes persistent pendant deux jours jusqu'à ce que l'écoulement se soit bien établi.

A l'examen on constate que la pression sur le bas-ventre du côté gauche est douloureuse. A la palpation on trouve de la résistance musculaire, en insistant on arrive sur une petite tuméfaction très douloureuse.

Par le toucher rectal on détermine une douleur très vive du côté gauche et par le palper bimanuel on arrive à sentir une tuméfaction assez marquée qui est évidemment la trompe enflammée.

On ne note aucun écoulement par le vagin, l'hymen est intact.

On met la malade au repos ; et sous l'influence seule du lit, les phénomènes s'amendent et disparaissent.

Le mois suivant, l'enfant nous est montrée de nouveau à l'époque de ses règles. On sent encore la même tuméfaction de la trompe gauche qui est cependant un peu douloureuse.

Nous n'avons pu la suivre plus longtemps.



Pronostic

Si l'évolution des péritonites blennorhagiques chez les petites fillès est en général bénigne, il ne faut cependant pas, lorsqu'on se trouve en présence de cette affection, l'envisager avec trop d'optimisme, car on pourrait avoir des cruelles déceptions. Nous ne ferons que rappeler les 7 cas de mort sur les 13 observations que nous donnons de péritonite généralisée aiguë, pour montrer qu'en présence de ces accidents péritonéaux, éclatant chez une fillette, atteinte de vulvo-vaginite, on est tenu à une sage réserve quant au pronostic.

Ce n'est d'ailleurs pas seulement le pronostic immédiat que l'on doit avoir en vue, mais encore le pronostic lointain. Il est bon de se rappeler les paroles, que nous venons de citer, de Marfan sur les salpingites et périsalpingites chroniques des jeunes filles.

Von Saxingen signale aussi des pyosalpinx chez des jeunes filles vierges et ayant pour origine des vulvo-vaginites de l'enfance. V. de Peuffilhoux dans une thèse consacrée à la métrite chez les vierges

signale aussi la présence fréquente de vulvo-vaginite antérieure. Il en serait de même pour certains auteurs des salpingo-ovarites qui surviennent chez les jeunes femmes à l'occasion des premiers coïts. Il semblerait qu'il persiste profondément quelque foyer mal éteint dans les organes génitaux internes de la femme prêt à infecter de nouveau ses organes lorsqu'une cause accidentelle, règles, coït, vient les rallumer.

Marx dans la « Revue de thérapeutique médico-chirurgicale » s'est fait nettement le défenseur de cette théorie quoiqu'il prétende à tort que vulvo-vaginite et accidents consécutifs ne sont pas du tout facteurs de la gonococcie.

Signalons encore l'opinion de Curries partagée par beaucoup d'auteurs, sur l'importance des pelvipéritonites de l'enfance comme facteurs des futures déviations pathologiques de l'utérus, — Laborde va même plus loin et attribue nombre de cas de stérilité chez la femme à des infections qui auraient atteint les trompes ou les ovaires pendant la première jeunesse.

Nous voyons donc qu'outre la gravité assez considérable de la péritonite blennorrhagique pendant sa période d'état, cette dernière mérite encore notre attention pour les troubles lointains qu'elle peut déterminer dans l'organisme et dans la pathogénie desquels elle entrerait pour une part assez grande,

Marfan décrit encore, comme une forme distincte, les cas de salpingite chronique, de pelvi-péritonite,

péritonite adhésive, subaiguë ou chronique, observées à l'autopsie de jeunes filles vierges. Sanger a montré que ces lésions relevaient, sans doute, de la vulvite gonorrhéique des salpingite et de péritonite, sans qu'il se produise une vive réaction du péritoine et sans que le médecin soit consulté, les enfants n'éprouvant aucune douleur, aucun trouble abdominal.



Diagnostic

Nous serons bref sur ce chapitre, car nous venons de voir qu'en tant que péritonite, la péritonite blennorrhagique des petites filles n'avait aucun caractère spécial; et que le seul indice qui peut faire faire le diagnostic, ainsi d'ailleurs qu'il résulte des observations citées, est la coïncidence d'un écoulement vaginal. Pas de vulvo-vaginite, le diagnostic est à faire d'avec les variétés habituelles de péritonite : par perforation appendiculaire ou typhique, tuberculeuse ou à pneumocoque. On trouve au contraire un écoulement vulvo-vaginal : il ne s'ensuit pas qu'on doive fatalement et quand même rattacher la péritonite à l'infection blennorrhagique, on ne sera autorisé à le faire que lorsqu'on aura éliminé les autres causes plus habituelles de péritonite aiguë chez les enfants,

« Une conclusion pratique découle de ces faits. En présence d'une fillette atteinte d'une péritonite aiguë, il faut toujours chercher la vulvo-vaginite qui est avec l'appendicite, l'infection pneumococcique et la fièvre typhoïde une des grandes causes de cette affection » (Mrafan).

Traitement

La vulvo-vaginite pouvant entraîner des complications aussi graves qu'une péritonite parfois mortelle, le premier devoir du médecin en la circonstance est de traiter la maladie causale.

Pour cela, il suffit de pratiquer régulièrement les grands lavages avec la solution de permanganate de potasse au 1/1000.

Si la péritonite s'est déclarée, c'est au traitement médical qu'il faut avoir recours : diète lactée, élixir parégorique, glace sur le ventre.

Mais nous croyons qu'en présence d'accidents graves, c'est-à-dire de réaction péritonéale très intense, et surtout lorsque la température a de la tendance à descendre alors que le nombre de pulsations s'élève, c'est à l'intervention chirurgicale qu'il faut avoir recours.

M. Comby, dans la communication à la Société médicale des hôpitaux, a pu sauver ces malades sans que le chirurgien ait eu besoin d'intervenir, mais nous croyons qu'il serait dangereux de prétendre que la péritonite gonococcique des petites filles est une affec-

tion qui doit guérir toujours par le traitement médical. Les sept morts que nous relatons, le cas heureux de Braquehayne sont là pour nous montrer que l'on ne doit pas toujours se borner à des soins médicaux, mais que c'est à une expectative armée que l'on doit se tenir. D'ailleurs, il ne faudrait pas non plus attendre trop longtemps pour intervenir, le cas de Hüber nous montre que la laparatomie trop tardive n'est pas capable de sauver la malade.

L'intervention sera la laparatomie avec toilette du péritoine, et au cours de laquelle il ne faudra pas négliger d'explorer l'appendice pour plus de sûreté dans le diagnostic. Il sera inutile de drainer sauf dans les cas où on aurait affaire à une péritonite purulente manifeste ; dans tous les cas ce drainage devra consister en une simple mèche de gaze.



Conclusions

1° La péritonite gonococcique des petites filles, affection plus fréquente qu'on ne le croit, résulte de l'infection de la séreuse péritonéale par le gonocoque ou des microbes associés, au cours d'une vulvo-vaginite.

2° Cette infection se fait par voie ascendante, vagin, utérus, trompes, péritoine.

2° La péritonite gonococcique se présente sous la forme de :

Péritonite généralisée grave ;

Péritonite bénigne ;

Péritonite localisée.

4° Le pronostic immédiat est sombre pour la première forme, bénin pour la seconde, grave, à cause des suites lointaines, pour la troisième forme.

5° Le diagnostic ne peut se faire que par la constatation d'un écoulement vulvo-vaginal.

6° Le traitement comporte un traitement préventif : celui de la vulvo-vaginite.

Le traitement médical suffit la plupart du temps ;
mais on doit pratiquer la laparatomie sans retard, dès
que les signes s'aggravent, en se basant surtout sur
l'état du pouls et de la température.

Vu : Le Président de la Thèse,
TILLAUX.

Vu : Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



Bibliographie

- BĄGINSKI. — Société de médecine berlinoise, 1896.
- BRAQUEHAYE. — Bulletin de la société de chirurgie, 1898,
- CAHEN-BRACH. — Die Urogenitalblennorrhœ der kleiner mædchen. Jahrb. f. Kinderheilk., 1892-1894.
- CHARRIER. — De la péritonite blennorrhagique chez la femme. Th. Paris, 1892.
- CHEADLE. — Lancet, 1891.
- CARRIER. — Vulvo-vaginitis in children, Philad. méd. News, 1889.
- COMBY. — Article: Péritonites aiguës in Traité des mal. de l'enfance.
— Médecine moderne, 1897.
— Semaine médicale, 1891.
— Société médicale des hôpitaux, 1891.
- COMBY-GADAUD. — Société médicale des hôpitaux, 1901.
- DUPARQUE. — Péritonite aiguë des jeunes filles. Annales d'obstétrique, 1842.
- DUPRÉ. — Société de biologie, 1889. Congrès de Lyon, 1894.
- EPSTEIN. — Art. Vulvo-vaginite in Traité des mal. de l'enfance. Arch. für Dermat. und. syph. 1891.

- FAILLE. — Thèse Paris, 1880.
- FISCHER. — Die Kindergonorrhœ. Deutsche med. Woch, 1895.
- FREINBERG. — Sur la vulvo-vaginite compliquée de péritonite chez les petites filles. Gaz. médecin de Botkine, 1898.
- GUILLAUMONT. — Th. Paris. 1898.
- HÜBER. — Archives of Pædiatrics, 1889-1893.
- HATFIELD. — Archives of Pædiatrics, 1887.
- KOPLIK. — Blennorrhée uro-génitale chez les enfants. New-York Académie of Médecine, 1893.
- LABORDE. — Th. Paris, 1899.
- MARFAN. — Revue mensuelle des maladies de l'enfance. 1897.
- MARX. — Revue de thérapeutique médico-chirurgicale, 1895.
- MARTIN. — Th. Paris, 1894.
- MEJIA. — Th. Paris, 1897.
- NOLEN. — Semaine méd. 1898.
- DE PEUFEILHOX. — Th. Paris, 1895.
- ROUSSEAU. — Th. Bordeaux, 1898.
- STEVEN. — Lancet, 1891.
- VEILLON-HALLÉ. — Archives de Médecine expérimentale, 1896.

